

В

В

В

В

УДК 811.111'276.6-61

**ФУНКЦІОНАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИЙ
ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНОГО ДІАЛОГУ
ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ
АНГЛОМОВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ**

Скляренко О.А. (Харків)

У статті розглянуто сучасний стан вивчення проблеми виділення одиниць діалогічного мовлення, визначено комунікативно значущі види професійного медичного діалогу.

Ключові слова: діалог, мовленнєва ситуація, мовленнєвий акт, види професійного медичного діалогу.

Скляренко А.А. Функционально-коммуникативное содержание профессионального диалога иностранных студентов-медиков англоязычной формы обучения. В статье рассмотрено современное положение изучения проблемы выделения единиц диалогической речи, определены коммуникативно значимые виды профессионального медицинского диалога.

Ключевые слова: диалог, речевая ситуация, речевой акт, виды профессионального медицинского диалога.

Sklyarenko O.A. Functional and Communicative Content of a Foreign Medical Students' Professional Dialogue (English-speaking Teaching Form). The present state of examining the problem connected with emphasizing dialogue speech units has been considered in the article. Communicative significant types of a professional medical dialogue have been examined.

Key words: dialogue, speech situation, speech act, types of a professional medical dialogue.

© Скляренко О.А., 2012

В

Медичні університети та факультети ВНЗ України останнім часом активно впроваджують навчання іноземних студентів англійською мовою. Така практика вносить певні корективи і у викладання російської мови як іноземної. Для даної категорії студентів російська мова не є мовою навчання. Але, не зважаючи на це, вона залишається мовою професійного і повсякденного спілкування. Без знання російської мови стає неможливим діалог “лікар – хворий”, “лікар – лікар” під час проходження клінічної практики. Це робить **актуальними** пошуки в галузі наукового дослідження і методичної інтерпретації проблем класифікації функціонально-комунікативного змісту професійного медичного діалогу.

Навчання професійного спілкування даного контингенту вимагає від викладачів російської (української) мови звертати особливу увагу на методичну організацію навчання усного професійного мовлення, зокрема діалогічного. Для вирішення питання про виділення комунікативно значущих видів професійного медичного діалогу ми вирішили звернутися до теоретичної бази за даною тематикою.

Метою нашої статті є аналіз існуючих класифікацій діалогу для визначення головних характеристик професійного медичного діалогічного спілкування. Для цього звернемося до змісту понять “комунікативна компетенція”, “мовленнєва ситуація”, “спілкування”, “мовленнєвий акт”, “мовленнєва дія”, “діалог”, “інтенція”.

Поняття “комунікативної компетенції” розглядалося багатьма науковцями. Першим у вітчизняній методиці цей термін використав М.Н. Вятютнев і дав таке визначення цього поняття: “Комунікативна компетенція – це здатність людини спілкуватися в трудовій чи навчальній діяльності, задовольняючи свої інтелектуальні потреби” [4: 54] (*переклад наш, О.С.*). Визначення, яке у своєму дослідженні пропонує Д.І. Ізаренков, дещо доповнює попереднє: “Комунікативна компетенція – це здатність людини до спілкування в одному, багатьох або усіх видах мовленнєвої діяльності, яка являє собою надбану у процесі природної комунікації або спеціально організованого навчання особливу якість мовленнєвої особистості” [5: 55] (*переклад наш, О.С.*). Дослідник виділяє три складові комунікативної компетенції: мовну, предметну та прагматичну компетенції.

Безпосередньо комунікативна компетенція не є об’єктом нашого дослідження, тому вважаємо доцільним використовувати запропоновані

визначення. Але, ознайомившись із змістом поняття комунікативної компетенції, ми робимо висновок, що професійне діалогічне мовлення є складовою загальної комунікативної компетенції фахівця (у навчанні іноземних студентів-медиків професійний діалог є чи не найважливішим її компонентом).

З’ясуємо сутність і структуру професійного діалогічного мовлення. Активатором та стимулом до виникнення мовленнєвої дії є мовленнєва ситуація. А та, у свою чергу, є складовою діалогу. Питання мовленнєвої ситуації активно досліджував Д.І. Ізаренков. Науковець дає таке визначення цього поняття: “Мовленнєва ситуація – така сукупність умов (обставин) в акті діяльності будь-якої особи, одна частина якої ставить перед собою проблему – завдання дії, друга частина цієї сукупності зумовлює необхідність і забезпечує можливість вирішення завдання за допомогою співрозмовника, звертанням до якого з цією метою і є мовленнєва дія, яка формується сукупністю обставин у цілому” [6: 14] (*переклад наш, О.С.*). Також дослідник дає визначення мовленнєвої дії: “... висловлювання будь-якої особи, оформлене як речення або сполучення декількох речень, яке звернене до іншої особи та викликає у неї реакцію у відповідь” [6: 17]. (*переклад наш, О.С.*). Таким чином, саме мовленнєва дія є складовою частиною діалогічного висловлювання, а стимулом до виникнення мовленнєвої дії є мовленнєва ситуація.

Д.І. Ізаренков поділяє мовленнєві ситуації на природні та навчальні. Нас цікавить саме навчальна мовленнєва ситуація, але, зважаючи на специфіку діалогів “лікар – лікар”, “лікар – хворий”, “лікар – близькі хворого” (цей вид ми виділяємо вперше, бо у медичних закладах дуже часто виникає необхідність спілкування лікаря з близькими хворого), навчальні мовленнєві ситуації мають максимально наближуватися до природних діалогів.

За параметром комунікативного спрямування Д.І. Ізаренков поділяє мовленнєві ситуації на три великі групи: 1) мовленнєва ситуація, що породжує запитальні мовленнєві дії; 2) мовленнєва ситуація, що породжує спонукальні мовленнєві дії; 3) мовленнєва ситуація, що породжує мовленнєву дію повідомлення. У кожній з цих груп наявні підгрупи, до яких ми звернемося при формуванні базових інтенцій професійного медичного діалогу. Розглянувши запропоновану класифікацію, ми відзначаємо, що у медичній практиці іноземних

студентів переважна більшість мовленнєвих ситуацій породжує запитальні мовленнєві дії (клінічна практика передусім передбачає опитування хворого лікарем). Але серед клінічних ситуацій виникають і такі, що вимагають спонукальних чи повідомлювальних мовленнєвих дій (спонукання хворого до лікування, обмін повідомленнями між лікарями, повідомлення та спонукання, скеровані на близьких хворого і т.д.). Тому професійний медичний діалог будується відповідно до різних мовленнєвих ситуацій, що спричиняють появу відповідних комунікативних потреб.

Н.І. Формановська дає визначення поняттям “спілкування” та “мовленнєвий акт” (поняття мовленнєвого акту тотожне з мовленнєвою дією). “Спілкування – це завжди взаємодія, в якій, як відомо, активний не тільки адресант, але й адресат” [11: 56] (*переклад наш, О.С.*). Мовленнєвий акт дослідниця називає основною прагматичною одиницею спілкування (саме він реалізує мовленнєві інтенції).

Виділивши основні теоретичні поняття, необхідні для подальшого дослідження, з’ясуємо поняття діалогу та типологію діалогів за комунікативними характеристиками. У монографії Т.М. Колокольцевої дається таке визначення діалогу: “Діалог можна характеризувати як форму активної комунікативної взаємодії двох або більше суб’єктів, матеріальним результатом якої є утворення специфічного дискурсу, який складається з послідовних реплік” [8: 15-16] (*переклад наш, О.С.*). Подібні за змістом визначення роблять й інші дослідники (Д.І. Ізаренков, Н.Д. Арутюнова, А.Р. Балаян, Ю.В. Рождественський та ін.). Науковець називає діалогічним дискурсом “... результат обопільної комунікації двох чи більше індивідуумів, який включає окрім безпосередньо мовленнєвих утворень певний набір екстралінгвістичних ознак (конситуативні показники, певні пресупозиції), які забезпечують адекватне розуміння повідомлюваного” [8: 25] (*переклад наш, О.С.*). Екстраполюючи це визначення до нашої проблеми, зазначимо, що професійний медичний діалог – це форма комунікативної взаємодії двох або більше суб’єктів, результатом якої є утворення професійного медичного дискурсу, який складається з послідовних реплік та включає окрім безпосередньо мовленнєвих утворень певний набір екстралінгвістичних ознак, які забезпечують адекватне розуміння повідомлюваного.

Окрім визначення терміну “діалог”, ми маємо звернути увагу на існуючі класифікації діалогів та, спираючись на цю інформацію, спробуємо класифікувати професійний медичний діалог. Серед науковців існують різні точки зору на те, за якими параметрами має відбуватися класифікація. На сьогодні не існує чітко встановлених критеріїв для цього. Пропонується класифікувати діалоги за соціолінгвістичними, психолінгвістичними, комунікативно-прагматичними, тематичними та іншими ознаками.

Одним з перших свою класифікацію діалогів запропонував Т. Гард на початку 20 століття. Він розділив діалоги відповідно до соціальних параметрів (діалог рівних на протигагу діалогу між підлеглим та начальником і т.п.) [цит. за 8: 30].

А.К. Соловійова класифікувала діалоги з урахуванням специфіки психічної взаємодії та виділила наступні види: діалог-суперечку, діалог-конфіденційне пояснення, діалог-емоційний конфлікт та діалог-унісон [цит. за 8: 32]. Саме з діалогом-унісоном, який детальніше розглянемо нижче, найчастіше стикається лікар під час спілкування із пацієнтом.

А.Р. Балаян у своїй класифікації поділяє діалоги на дві великі групи: диктальні (інформативні) та модальні (полемічні та унісонні) [2: 328]. Згідно даної класифікації діалогів у професійному медичному діалозі можливі усі варіанти (інформативний – “лікар – лікар”, “лікар – хворий”, “лікар – близькі”; полемічні – “лікар – лікар”; унісонні – “лікар – хворий”, “лікар – лікар”).

Н.Д. Арутюнова розподіляє діалоги за комунікативним спрямуванням. Вона виділяє інформативний діалог (make-know discourse), прескриптивний діалог (make-do discourse), обмін думками з метою прийняття рішення або з’ясування істини (make-believe discourse), діалог, метою якого є встановлення чи врегулювання стосунків (interpersonal-relations discourse) та *fatic discourse*, який поділяється на емоційний, артистичний та інтелектуальний [1: 52-53] (*переклад наш, О.С.*). У запропонованій класифікації нас цікавить інформативний діалог та обмін думками з метою прийняття рішення або з’ясування істини, а також прескриптивний діалог. До першого з них ми можемо віднести практично усі діалоги в медичній сфері, бо вони передусім містять у собі конкретну інформацію. До другого типу ми відносимо діалог “лікар-лікар”, під час якого і відбувається обмін думками з метою прийняти рішення. Також ми зустрічаємо в медичній

сфері і прескриптивний діалог (make-do discourse), який реалізується у спілкуванні “лікар – хворий”, коли лікар дає пацієнтові певні настанови та вказівки.

Найбільш доречною та змістовною, на нашу думку, є класифікація Т.М. Колокольцевої, яка пропонує не розглядати діалоги в чистому вигляді, а класифікувати їх за певними параметрами: за особливостями створення (первинні (природні) та вторинні (відтворюються художніми або іншими засобами), за формою реалізації (усні та письмові), за параметром виду комунікації (особисті – це персональне спілкування в різних функціональних сферах; публічні – спілкування в сфері масової комунікації), за параметром офіційності/неофіційності (офіційні – асиметричність мовленнєвих ролей, стримування свободи протікання мовлення; неофіційні), за цілеспрямованістю (одна ціль або багато цілей), за тематикою (монотематичний – фіксована тема; політематичний – тематично не обмежений) та за особливостями комунікативної взаємодії партнерів (гармонійні діалоги – діалоги-унісони, в яких дотримуються найважливіших правил мовленнєвої взаємодії, та негармонійні діалоги – діалоги-дисонанси, в яких порушуються правила мовленнєвої взаємодії). За такою класифікацією, професійний медичний діалог ми можемо визначити так: первинний діалог, який реалізується в усній формі. Для нього характерна особистісна орієнтація (персональне спілкування). Діалог між лікарем та хворим носить переважно неофіційний характер (хоча діалог лікаря з головним лікарем може носити й офіційний статус). Більшість професійних медичних діалогів можна віднести до багатоцільових, бо під час спілкування лікаря з хворим цільове спрямування питань лікаря дещо змінюється. Такі діалоги є переважно монотематичними, бо в лікаря є певна мета бесіди (наприклад, з’ясувати симптоматику хвороби або визначити джерело захворювання).

Таким чином, підсумовуючи теоретичні положення, ми прийшли до таких висновків. Професійний медичний діалог ми умовно розподіляємо на три групи: діалог “лікар – лікар”, діалог “лікар – хворий” та діалог “лікар – близькі хворого”. Спираючись на згадані вище класифікації, ми можемо охарактеризувати кожну групу діалогів. За співвідношенням рівності/нерівності усі три групи можна характеризувати як діалог рівних (бо чиєсь домінування у таких

діалогах недоречно). За параметром психологічної взаємодії усі три групи можна віднести до діалогів-унісонів (усі учасники спілкування поєднані певною метою). Винятком можуть бути певні конфліктні ситуації, але це є предметом дослідження окремої статті. За функціональним спрямуванням усі три групи можуть бути інформативними, а полемічним іноді буває діалог “лікар – лікар”. За комунікативним цілеспрямуванням медичні діалоги переважно інформативні (make-know discourse). Діалог “лікар-лікар” за цим параметром відносимо до make-believe discourse (обмін думками з метою прийняття рішення або з’ясування істини). Вказівки лікаря, які адресуються хворому, відносимо до прескриптивного діалогу (make-do discourse).

Таким чином, виділивши основні класифікаційні параметри професійного медичного діалогу, мету подальших досліджень ми бачимо у виділенні інтенцій, характерних для кожної групи діалогів, і складенні певного реєстру тем для формування в іноземних студентів-медиків англomовної форми навчання умінь професійного діалогічного мовлення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арутюнова Н.Д. Диалогическая модальность и явление цитации: Человеческий фактор в языке: Коммуникация, модальность, дейксис / Н.Д. Арутюнова. – М. : Наука, 1992. – 282 с.
2. Балаян А.Р. К проблеме функционально-лингвистического изучения диалога / А.Р. Балаян // Изв. РАН. Серия лит. и языка. – 1971. – Т. 30, вып. 4. – С. 325-331.
3. Вятютнев М.Н. Коммуникативная направленность обучения русскому языку в зарубежных школах / М.Н. Вятютнев // Рус. яз. за рубежом. – 1977. – № 6. – С. 38-45.
4. Изаренков Д.И. Базисные составляющие коммуникативной компетенции и их формирование на продвинутом этапе обучения студентов-нефилологов / Д.И. Изаренков // Рус. яз. за рубежом. – 1990. – № 4. – С. 54-60.
5. Изаренков Д.И. Обучение диалогической речи / Д.И. Изаренков. – М.: Рус. яз., 1981. – 136 с.
6. Изаренков Д.И. Основания полемического общения: Направления развёртывания дискуссии / Д.И. Изаренков // Рус. яз. за рубежом. – 1992. – № 4. – С. – 105-110.

7. Колокольцева Т.Н. Специфические коммуникативные единицы диалогической речи / Т.Н. Колокольцева. – Волгоград : Изд-во Волгоград. гос. ун-та, 2001. – 260 с.
8. Формановская Н.И. Размышление о единицах общения / Н.И. Формановская // Рус. яз. за рубежом. – 2000. – № 2. – С. 56-63.

В В В
В В

В В

В

В

В

В
В
В

В